

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904, à 1 heure

PAR

Justin-René PROUST

SUR QUELQUES VARIÉTÉS

DE

PTOSES PALPÉBRALES

SANS

Paralysie Musculaire

Président : M. DE LAPERSONNE, Professeur.

POIRIER, Professeur.

Juges

MM.

SCHWARTZ, Agrégé.

FAURE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

HENRY PAULIN ET C^{ie}

ÉDITEURS DE L'ASSOCIATION CORPORATIVE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

21, RUE HAUTEFEUILLE, 21

1904

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....
Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....
Clinique d'accouchements.....
Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE
MM
POIRIER.
CH. RICHEL.
GARIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
RECLUS.
POUCHET.
GILBERT.
N....
BROUARDEL.
DEJERINE
CHANTEMESSE
LANDOUZY
HAYEM
DIEULAFOY
DEBOVE
GRANCHER
JOFFROY.
GAUCHER
RAYMOND
FERRIER.
BERGER.
LE DENTU
TILLAX
DE LAPERSONNE
GUYON
PINARD
BUDIN
POZZI.
KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef de
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE	TEISSIER
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT
CHASSEVANT	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH
DEMLIN.	LANGLOIS	REMY.	WALTHER
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL
DUPRE			WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1795, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Chevalier de la Légion d'Honneur

HOMMAGE RESPECTUEUX

A MM. SCRINI, MONTHUS, PLEY, METTEY,
JOSEPH

Chefs de Clinique, de Laboratoire et des Travaux ophtalmologiques
de l'Hôtel-Dieu

HOMMAGE ET REMERCIEMENTS

AVANT-PROPOS

A côté des ptosis, ayant pour cause une paralysie musculaire, soit congénitale, soit traumatique, soit amytrophique, on a décrit un certain nombre de cas, sous des noms différents, qui tous aussi ont pour signe commun une chute de la paupière supérieure, mais avec les mouvements volontaires et les réflexes des muscles parfaitement conservés.

Nous avons recueilli entre autres une vingtaine de ces cas.

En les réunissant, nous n'avons pas eu la prétention de vouloir apporter une solution définitive au problème si discuté de leur étiologie et de leur anatomie pathologique : mais nous avons pensé qu'il serait quelque peu profitable de grouper le plus de faits possibles avec l'opinion de ceux qui les rapportent.

Dans l'une de ses cliniques magistrales de l'Hôtel-Dieu de Paris, le 25 mars dernier, M. le Professeur de Lapersonne a traité cette question complexe des ptoses palpébrales.

C'est lui-même qui nous a indiqué ce sujet d'étude, qui avait d'autant plus d'intérêt pour nous qu'il était

plus d'actualité : deux malades venaient d'être opérés par notre maître, dans son service, avec plein succès.

Nous nous proposons de répéter l'historique de la question, de grouper les vingt observations recueillies selon leurs grands symptômes communs, d'en étudier l'étiologie et la pathogénie, de chercher à nous éclairer sur leur anatomie pathologique par les analyses que nous avons retrouvées ; enfin, d'exposer le traitement opératoire, le seul des points qui intéressent les ptoses palpébrales sans paralysie, sur lequel la presque totalité des ophtalmologistes se trouvent d'accord.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Sous les noms de scharnak, cutis pendula, cutis pensilis, cutis lapsus, cutis rugositas, chalazodermie, blepharochalasis, ptosis adipeux, angiomegalie des paupières, dermatolysis, depuis les temps anciens jusqu'à aujourd'hui, on a décrit les ptoses de la paupière supérieure avec périodes de gonflement et d'amincissement de la peau, sans paralysie et sans signes d'inflammation.

Tous ceux qui les rapportent ont été préoccupés surtout de l'étiologie et de la pathogénie obscures de ces affections.

Les uns veulent y voir un amas de graisse descendu de l'orbite dans les paupières, d'autres une dermatose, d'autres des troubles nerveux des vaisseaux.

L'origine, presque sûrement congénitale, et le traitement réunissent les avis, sauf de très rares exceptions.

Sichel rapporte, dans un article que nous citerons plus loin, que les anciens médecins arabes, Abulkasis en particulier, connaissaient parfaitement cette maladie qu'ils appelaient scharnak (probablement de scharnaka, cou-

per, dit Sichel), et l'opération qu'elle nécessite. Elle était peu répandue chez les Grecs et les Romains, mais fréquente au contraire en Afrique.

En 1832, Alibert, dans sa *Monographie des Dermatoses*, classe sous le nom de Dermatolysie palpébrale une série de cas qui nous intéressent. Il dit :

« La dermatolysie est une affection caractérisée par une extension anormale de la peau, provenant d'une altération particulière dans la faculté contractile de cette enveloppe. Elle est très commune. Nous l'avons observée sur un grand nombre d'individus, particulièrement sur une jeune fille de la campagne qui s'était livrée avec excès au travail de la moisson. Elle couchait habituellement dans une grange fort humide. Ses paupières supérieures s'allongèrent d'une manière prodigieuse, au point de couvrir les yeux et la partie supérieure des joues en totalité. J'ai vu le même phénomène chez une jeune fille de 17 ans, qui avait eu, dès son enfance, quelques symptômes de scrofule. Occupée à des travaux qui exigeaient que sa tête fut toujours courbée vers la terre, il lui survint sur les paupières deux prolongements cutanés, d'une mollesse singulière, et qui ne causaient d'ailleurs aucune douleur.

« Cette indisposition, qui resta toujours la même, apportait à la vision une gêne très marquée. »

Sichel, en 1844, dans les *Annales d'oculistique*, rapporte un cas qu'il appelle ptosis lipomateux et qui n'est, dit-il, qu'une modification du ptosis-atonique par relâchement de la peau.

Longtemps après, Galezowski, dans son *Recueil d'oph-*

talmologie de l'année 1878, rapporte une observation qu'il appelle ptosis congénital double et que nous lirons plus loin.

Fuchs, Fehr, Schmidt-Rimpler, rapportent de nouveaux cas ; A. Terson et Haab, dans leur livre « des Maladies externes de l'Œil », paru en 1899 (1), nous en donnent deux autres avec photographies.

Rohmer, dans les Archives d'ophtalmologie, juillet 1900, fait un travail où il présente quatre observations fort précises.

Lodato publiait, l'année dernière, une monographie importante avec une observation nouvelle et une étude détaillée des lésions histologiques qu'il avait recherchées.

Nous devons mentionner la clinique de l'Hôtel-Dieu, du 25 mars 1904, de M. de Lapersonne, parce que les deux cas que nous rapportons en faisaient l'objet. Elle fut pour nous une revue intéressante et très documentée faite par notre maître de tous les travaux antérieurs, en même temps que nous y apprenions ses opinions personnelles.

Enfin, M. A. Terson fit une communication en mai dernier, au Congrès d'ophtalmologie, avec trois cas nouveaux. Cette communication a une importance d'autant plus grande qu'elle rend à la maladie, dont nous nous occupons, le vrai nom qu'Alibert avait le pre-

(1) Nous constatons que c'est la première fois que cette affection paraît en France sous le nom de blepharochalasis, mot créé par Fuchs.

mier créé, et qu'elle rappelait l'attention des ophtalmologistes sur ces cas de chute de la paupière, si souvent passés sous silence, même dans les grands traités classiques.

CHAPITRE II

Observations

Nous grouperons les observations que nous rapportons en deux classes :

A). Celles où nous trouvons de la graisse dans le tissu palpébral.

B). Celles où nous trouvons seulement une atrophie de la peau et une malformation des paupières en besace,

A. — Observations dans lesquelles nous trouvons de la graisse dans le tissu palpébral.

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. de Lapersonne.)

H... Albert, 47 ans, reste à l'Hôtel-Dieu du 7 mars au 12 mai 1904.

A. H. — Parents bien portants. Une sœur anémique. Un frère mort à 6 mois.

A. P. — Influenza. Rougeole bénigne. N'a pas uriné au lit tard. A commencé à parler et marcher vers 1 an.

Histoire de la maladie. — Dès l'âge de 5 à 7 ans, on a remarqué un gonflement et de la rougeur des paupières supérieures. On incrimine une piqure d'insecte.

L'affection augmente jusque vers 14 ans ; jamais de douleurs, jamais d'occlusion palpébrale.

Quand le malade courait ou jouait beaucoup, il remarquait une augmentation dans le gonflement des paupières.

Il consulte plusieurs (quinze ou vingt) médecins.

Etat avant l'opération. — Vient à l'Hôtel-Dieu, le 7 mars 1904.

Dans les derniers temps, les tumeurs ne se modifiaient pas d'une manière sensible par la course et les efforts.

Actuellement, les paupières supérieures présentent un bourrelet légèrement rouge et parcouru de veinosités. Quand les yeux sont ouverts, le bord ciliaire est complètement caché par ce bourrelet.

Opération le 10 mars 1904. Elle a consisté dans l'ablation d'un fuseau de peau auquel adhèrent les tissus sous-jacents taillés de telle façon que les parties profondes étaient beaucoup plus larges que les parties superficielles. Dès que le lambeau est enlevé, la rétractilité et la perte de sang lui font perdre les deux tiers de son volume.

Etat après l'opération, le 20 mai. — Le malade peut ouvrir largement les yeux et découvre aussi toute sa cornée.

L'occlusion normale et l'occlusion forcée se font bien.

Dans l'occlusion forcée, les cils de l'œil restent bien visibles, ceux de l'œil gauche sont encore enfoncés sous un léger bourrelet de peau.

La convergence se fait bien. — L'abduction et l'adduction sont normales. — Les mouvements de latéralité, normaux. — Elévation et abaissement normaux. — Réactions pupillaires normales. — Sensibilité conjonctive et cornéenne conservées. —

Réflexe pharyngien absolument aboli. — Par cinq anesthésies localisées. — Pas de dischromatopsie.

Champ visuel. — Légèrement diminué.

O.D., O.G. V. = 1. — Tension artérielle. 15 à 16.

14 mai. Puls 78 pulsations. 17 mai : 82 pulsations. — Pointe huitième espace. Pas de souffle. — Pas d'hypertrophie cardiaque. — Pas d'hypertrophie thyroïdienne décevable. — Pas de tachycardie. — Pas de tremblement, ni des membres, ni de la tête. — Pas de troubles vaso-moteurs notables.

Examen histologique. La pièce enlevée est fixée au sublimé et traitée par les procédés habituels pour être incluse en colloïdine. Les coupes sont colorées par hématie, eínsine ou carmin, picro-carmin, et montées au baume.

Les préparations ne présentent pas de différence, qu'elles se rapportent au côté droit ou au côté gauche.

La peau ne présente rien de spécial, sauf de l'amaicissement portant sur toutes ses courbes.

D'une façon générale, les préparations contiennent dans leur partie superficielle des fibres musculaires striées, du tissu conjonctif et des fibres élastiques. Les mailles du tissu sont agrandies, élargies, dissociées et dans certains points on trouve un exsudat qui semble être de l'œdème. Les vaisseaux sont normaux et assez abondants.

La partie la plus intéressante des coupes est constituée par la couche profonde qui est formée par du tissu adipeux.

Ce tissu est d'autant plus abondant que l'on va des extrémités au milieu du fuseau de tissu enlevé. Il est représenté par des aréoles de forme ovalaire ou polyédrique, sensiblement égales comme dimension : elles ont perdu leur contenu adipeux par suite du passage dans les différents réactifs.

Ces aréoles sont organisées en lobules limités par des cloisons conjonctives plus ou moins épaisses.

Dans l'épaisseur des cloisons entourant ou séparant les lobules, on aperçoit des vaisseaux nombreux et souvent volumineux.

En résumé la production pathologique est située au-dessous de l'hypoderme et constituée par du tissu adipeux lobulé très vascularisé.

OBSERVATION (Résumée.)

De Schmidt-Rimpler (1), d'après Rohmer.

Il s'agit d'une jeune fille de 19 ans, qui surtout pendant les trois dernières années avait remarqué combien ses paupières supérieures s'épaississaient et devenaient pendantes. Le gonflement était intermittent.

Sa mère décédée était atteinte de la même affection.

Ses deux paupières sont atteintes.

Un bourrelet circonscrit un peu oblique et de forme ovale se trouvait au-dessus de l'angle interne de l'œil, à l'endroit où chez les vieillards on remarque souvent des saillies ; ce bourrelet était de consistance molle et avait une étendue de un demi-centimètre transversalement, un peu moins verticalement. La peau de la paupière supérieure présentait une multitude de petits plis, comme si l'œdème avait disparu, soit spontanément, soit sous l'influence d'applications humides...

Opération : Après l'excision d'un lambeau de peau ovale, on peut remarquer qu'immédiatement au-dessous d'elle il y avait une fente dans le muscle orbiculaire à travers laquelle faisait hernie un bourrelet de graisse de l'orbite, recouverte par l'aponévrose. La brèche du muscle à travers laquelle, sur la paupière droite, passaient encore quelques fibres musculaires, avait une longueur d'environ 6 millimètres, sur une hauteur

(1) Schmidt-Rimpler. Fett. Hernien der oberen Angenlieder centralb. f. prakt. Angenheilk, octobre 1899. p. 297.

de 5 millimètres ; mais elle avait été notablement élargie par la hernie du paquet graisseux. Après incision du fascia aponévrotique, la graisse fit saillie ; par la pression, on pouvait en faire sortir autant qu'on voulait.

L'état était le même sur les deux paupières. Après excision de la graisse on réunit l'aponévrose et le muscle par des points de suture, puis, la peau fut réunie par dessus.

Après guérison, le bourrelet médian circonscrit avait disparu ; cependant étant donné sa longue distension, la totalité de la peau de la paupière supérieure s'avancait encore plus qu'à l'état normal : elle présentait l'aspect de cette anomalie des paupières que Fuchs a décrite sous le nom de Blepharochalasis, et qui avait l'aspect de papier à cigarette froissé...

L'examen histologique de la peau excisée ne présenta rien de particulier.

OBSERVATION

(Galezowski : *Recueil d'ophtalmologie*, 1878.)

Ptose congénitale double opérée par le procédé de l'auteur.

G... C..., âgé de 3 ans 1/2, me fut amené le 29 mai 1876, à la clinique, et fut inscrit sous un n° 26.835. Il présentait un ptosis congénital sur les deux yeux, tellement marqué qu'il avait la plus grande peine à voir. Au-dessous du sourcil on constatait une tumeur molasse, plus prononcée du côté de l'œil gauche. Cette tumeur était constituée par un amas de graisse qui était d'autant plus apparent que la peau de cet endroit présentait très peu d'adhérence aux tissus sous-jacents.

Sur l'instance des parents, je me suis décidé à pratiquer une opération d'abord sur l'œil gauche, qui était plus atteint que

l'autre, le 6 juin 1876, avec l'assistance de M. le docteur Yvert et de mon chef de clinique, M. Parinaud.

Après avoir pratiqué une incision de la peau dans la longueur de la paupière supérieure et à 4 millimètres au-dessous du sourcil, j'ai excisé immédiatement un lambeau de 4 millimètres de peau avec les tissus sous-jacents, y compris la couche musculaire, le ligament tarsien et une partie du tissu cellulograisieux.

A ce moment, nous avons vu apparaître une masse assez considérable de graisse orbitaire faisant hernie dans la plaie. Nous avons excisé une certaine portion et, immédiatement après, nous avons appliqué plusieurs sutures. Dès le lendemain, les bords de la plaie étaient réunis, et j'ai pu enlever les fils et faire une occlusion hermétique.

Le 8 juin, j'ai fait la même opération, mais ici nous avons eu bien moins de hernie de tissu adipeux, et la réunion par première intention a été obtenue, excepté dans l'extrémité de la plaie, où il y a eu un peu de suppuration.

B. — *Observations dans lesquelles nous trouvons seulement une atrophie de la peau et une malformation des paupières en besace.*

OBSERVATION (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne.)

Mlle G..., jeune fille qui se présente à nouveau à notre observation, s'est déjà présentée dans le service de M. le professeur de Lapersonne, au mois de septembre 1902.

Traitée par des bains électriques ; pas de résultats après six mois, trois fois par semaine.

Elle est actuellement âgée de 17 ans. L'affection qu'elle présente aurait débuté, au dire de sa mère, en novembre 1899. A cette époque survint, d'une façon brusque, un gonflement des deux paupières supérieures. Cet état s'est maintenu, avec des exacerbations et des régressions incomplètes.

La peau des paupières est amincie, flasque, et forme un repli qui retombe sur la base des cils.

L'action du releveur ne semble pas entravée.

Les paupières fermées, il existe une série de plis parallèles sur les paupières.

L'examen de la jeune malade nous fait reconnaître des plaques de vitiligo siégeant à la partie antérieure du cou, à la nuque, sur la joue droite, sur la partie antérieure des jambes.

Les mains et les pieds sont toujours froids et de teinte violacée.

Aucun trouble cardiaque. Pas de troubles de la sensibilité générale. Les réflexes sont normaux. La jeune fille est facilement irritable.

Pas de troubles de l'appareil digestif, sauf une constipation habituelle; elle a présenté cependant, il y cinq ans, des troubles digestifs assez marqués (fermentations gastriques).

Les règles ont apparu il y a un an environ. Elles durent cinq jours. Cauchemars avec bêtes : serpents, etc.

L'examen des urines, pratiqué par M. Leroux (septembre 1902), donne les résultats suivants : densité, 1.019; urée, 12 gr. 80; acide urique, 0 gr. 42; phosphates, 1 gr. 83; chlorures, 14 gr. 50.

Ni albumine, ni sucre, ni indican.

Un traitement par l'électricité n'amena qu'une faible amélioration qui ne s'est pas maintenue et qui avait coïncidé il y a un an, avec l'apparition des menstruations.

La jeune fille est bien portante, mais craintive, nerveuse, irritable.

Acuité visuelle : OD, $V = \frac{1}{2}$; OG, $V = \frac{1}{3}$.

Réfraction : OD, OG — 2^d V = 1.



FIG. 1.

Dermatolysis, opéré depuis quelques jours à droite, non opéré à gauche. — Epicanthus bilatéral externe plus marqué à droite.

Pouls : 72. Corps thyroïde normal. Cœur normal. Pas de tremblement. Réflexes bons. Sensibilité cornéenne très bonne. Pas de dychromatopsie.

La malade a été opérée d'abord à droite, puis à gauche quelque temps après. Les photographies ci-contre montrent les résultats.

Il reste encore une épicanthus externe bilatérale.

L'examen histologique n'a pas fait découvrir de graisse dans le tissu palpébral du lambeau enlevé. La peau était amincie, mais sans dégénérescence.



FIG. 2.

Même sujet: L'œil gauche est opéré depuis quinze jours. — Epicanthus externe bilatéral plus marqué à droite.

OBSERVATION (Personnelle et inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur de Lapersonne.)

Dermatolysie, Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès.

M^{me} L..., 50 ans. Elle a eu 17 enfants ; il ne lui en reste que 2 vivants. Son mari est bien portant. Elle n'a jamais fait de maladie, mais elle est nerveuse, se met facilement en colère.

A 17 ans, un soir elle se dispute avec ses sœurs : le lendemain matin, elle se réveille les paupières très gonflées et rouges ; cet état persiste quelques jours puis disparaît. Dans la suite, de temps en temps, à propos d'impatiences et fréquemment, surtout pendant ses grossesses, ses paupières regonflaient. Elle ne s'inquiéta guère de ces faits, sa vision n'en ayant jamais été troublée.

Le 24 décembre 1895, elle est opérée par M. Duvignaud, à l'Hôtel-Dieu, d'un entropion des deux paupières supérieures. Cette dernière affection récidive, et du 26 mai au 15 juin 1904, M. de Lapersonne lui opère les quatre paupières pour des entropions.

Actuellement, le bord libre des paupières supérieures et inférieures est parfaitement corrigé.

Mais nous constatons une dermatolysie palpébrale bilatérale : le pli orbito-palpébral a disparu, la peau flasque, ridée horizontalement, légèrement, est relâchée ; elle est décollée des tissus sous-jacents et retombe en besace jusque sur le bord libre supérieur. Au toucher, elle est fine et comme doublée d'ouate.

Cette dermatolysie est plus marquée à droite.

Les lésions cornéennes, causées par ses entropions, sont très marquées et abaissent considérablement la vision.

Aucun de ses enfants ou parents n'était atteint de cette dermatolyse palpébrale, pour laquelle, du reste, elle ne veut pas être opérée.

Haab et Terson, dans leur *Atlas des maladies externes de l'œil*, publient deux observations que nous donnons ci-dessous :

OBSERVATION I

Blépharochalâsis.

Le sujet, âgé de 31 ans, est un jeune homme d'ailleurs bien portant, sans sucre ni albumine dans les urines, et se plaignant, depuis onze ans, d'une affection oculaire qui le défigure, surtout à cause de la rougeur et de l'enflure palpébrale. On voit sur la peau les veines dilatées. Comme dans le cas suivant, il y a un épicanthus, de sorte que le sillon cutané de la paupière supérieure se cache derrière l'épicanthus (1), plus nettement du côté droit que du côté gauche.

Le traitement opératoire donna un très bon résultat. L'excision comprit seulement une étroite bande de peau et d'orbiculaire, puis le bord inférieur de la plaie fut solidement uni par huit points de suture au bord supérieur du tarse.

(1) Epicanthus : repli cutané arqué qui entoure l'angle interne de l'œil et le recouvre en partie. (Race mongole et nouveaux-nés de la race caucasique (Haab et Terson.)

OBSERVATION II

Blépharochalasis à un stade avancé; ptosis d'origine congénitale; épicanthus.

Le sujet, âgé de 26 ans, était tout à fait défiguré par ces lésions. On ne peut pas affirmer d'une façon absolue l'origine congénitale de la blépharoptose, mais elle est probable. Les rides caractéristiques de la peau du front lui sont consécutives. L'épicanthus est en partie congénitale, en partie provoquée par la blépharochalasis. Derrière les replis de l'épicanthus se trouvent des excavations profondes des plus disgracieuses. La peau des paupières supérieures est flasque, pendante et plissée. A la paupière supérieure on remarque quelques plis verticaux. Le gonflement des paupières, qui est visible dans le cas précédent, a existé aussi autrefois. La maladie est survenue spontanément à l'âge de 6 ans, époque où les paupières se gonflèrent fortement et rougirent. A 13 ans, le gonflement et l'hyperhémie disparurent, et, peu à peu, l'état actuel se produisit. Le traitement opératoire donna un très bon résultat. L'excision comprit une plus grande quantité de peau que dans le cas précédent, surtout vers la partie nasale de la paupière supérieure, ceci dans le but de corriger l'épicanthus. Les sutures furent placées de façon qu'elles passaient d'abord par le bord inférieur de la plaie, puis ressortaient dans le bord supérieur du tarse et le tendon du releveur, environ à 5 millimètres plus haut, et prenaient enfin le bord supérieur de la plaie.

Huit points de suture de chaque côté. L'élévation des paupières s'effectua plus tard réellement mieux et l'effet cosmétique de l'opération fut très bon.

OBSERVATION de H. Frenkel.

(*Toulouse Médical*, 15 mars 1903).

Paupières supérieures en besace.

Jeanne C..., âgée de 16 ans, repasseuse, se présente à la consultation de la clinique ophtalmologique le 12 février 1903, pour une grosseur symétrique des deux paupières supérieures.

Antécédents. — Père et mère vivants et bien portants. Ne présentent rien de particulier du côté des yeux, de même que les autres membres de la famille. La mère n'a pas eu de fausses couches.

Cadette de deux enfants, Jeanne C..., n'a jamais été malade. Réglée il y a sept mois.

A l'âge de 8 ans, ses deux paupières se sont mises à gonfler peu à peu, à trois jours d'intervalle, l'une après l'autre. De 8 à 10 ans, cette enflure s'est accrue progressivement.

A l'âge de 9 ans, le 30 septembre 1895, la malade est venue demander conseil dans cette même clinique. On constata alors de l'œdème palpébral avec absence d'albumine dans les urines. La grosseur des paupières constituant une difformité disgracieuse, la malade désire en être débarrassée.

Etat actuel. — Œil droit : Paupière inférieure normale. Paupière supérieure : la peau de la paupière, légèrement rouge, luisante, assez mince, en tout cas non épaissie, est plissée verticalement, à partir d'une ligne parallèle à l'arc sourcilier et à environ un demi centimètre du sourcil. Ces plis verticaux ne vont pas jusqu'au bord libre, mais s'arrêtent

assez loin de ce bord. En effet, après avoir présenté des plis d'une longueur d'un centimètre et demi, la peau forme poche, sur une étendue au moins égale, recouvrant et le bord ciliaire et les deux tiers de la longueur des cils. Cette besace, formée par la peau trop lâche, arrive à rétrécir la fente palpébrale, de telle sorte que dans la position dite primaire des yeux, plus de la moitié de la pupille est cachée.

Le trouble visuel n'est cependant pas très considérable. L'aspect de la peau est assez semblable à celui qu'elle prend dans l'eczéma sec. Dans le regard en haut, la paupière reste sans mouvement, le bord ciliaire seul se lève, entraînant avec lui la partie inférieure et postérieure de la besace. Quand, avec la pulpe du pouce appliquée directement sur le sourcil, on attire en haut la peau de la paupière, tandis que la malade s'efforce de fermer les yeux, la besace prend la forme d'une amande placée en travers de la paupière.

La tuméfaction de la paupière n'augmente pas de volume ni spontanément, ni à l'époque des règles, ni à la suite d'un effort (toux, défécation, mouvement pour soulever un poids, mouvement pour se baisser). A la palpation, la tuméfaction ne donne pas de crépitation, ni de sensation de fluctuation. En pinçant entre deux doigts toute la tuméfaction, on sent, entre les deux feuillets cutanés, un petit bourrelet qui offre la sensation d'une résistance élastique.

Les limites de la besace sont données, en dehors, par l'angle externe ; en bas, par le bord ciliaire ; en haut, par la ligne où commencent les plis verticaux à un demi centimètre de la ligne sourcilière.

Œil gauche. — La tuméfaction est moins considérable et porte principalement sur la partie externe, tandis qu'elle est peu sensible du côté du grand angle de l'œil, ce qui fait que la besace ne couvre que la moitié externe des cils et de la fente palpébrale. La peau présente les mêmes caractères que du côté droit, mais elle est moins plissée.

Œils droit et gauche. — Pas de déviation des globes oculaires, pas d'exophtalmus, pas de traces de nœvi. Les fonctions sont normales : O D — V = 1,1 ; O G — V = 1/3.

Nous rappelons encore ci-dessous trois observations que M. A TERTON a communiquées au *Congrès d'Ophtalmologie de Paris, 1904*, et publiées dans les *Archives Ophtalmologiques* de juin 1904 :

1^{re} OBSERVATION

Il s'agit d'un employé de commerce, 20 ans et demi, qui m'a consulté le 14 octobre 1903. La maladie l'a atteint à l'âge de 14 ans et il a parfaitement remarqué que c'est à la suite d'un bain froid trop prolongé, qu'en rentrant chez lui, ses paupières supérieures lui parurent gonflées et lourdes. Depuis, la lésion s'est notablement accentuée et les crises classiques d'hypérémie et de distension palpébrale sont fréquentes, quoique moins qu'autrefois. Le sujet affirme que c'est le froid qui paraît les provoquer et qu'elles seraient plus fréquentes quand il est indisposé et surtout quand il est atteint de bronchite, dont il se débarrasse difficilement. Il prétend, chose assez paradoxale, que la chaleur diminue le gonflement, il use parfois alors de compresses d'eau chaude, et même d'un bandeau la nuit pour avoir le lendemain les paupières moins pesantes. Il se dit très émotif, mais n'a ni affection nerveuse ni stigmates caractérisés

ni antécédents névropathiques. Chez lui la lésion palpébrale est très marquée. Je n'ai, toutefois, vu le malade que dans l'intervalle des crises. La peau des paupières supérieures, très mince, pend en sac jusque sur les cils et arrive parfois à gêner la vision. Elle n'est nullement rosée, mais gris-jaunâtre et ne présente pas de veines bien apparentes.

2^e OBSERVATION

Mlle X..., âgée de 22 ans, couturière, me consulte le 25 février 1899. Les deux paupières supérieures sont atteintes. Le facies est typique, la déformation rappelle l'aspect de déformations causées par les *dacryoadénites* bilatérales et symétriques. Mais la peau est rosée et, à l'occasion d'efforts, d'émotions, la malade est sujette à des crises d'hypérémie. De plus, elle a des crises nerveuses. Elle ignore la date et le mode de début de son mal, qui ne la préoccupe surtout que depuis la puberté, et elle refuse toute intervention chirurgicale, comme la suivante.

3^e OBSERVATION

Jeune fille de 18 ans, se présente à notre consultation à la fin de juillet 1899. Depuis l'enfance, la peau de la paupière supérieure gauche présente une extension et une chute disgracieuses survenues sans cause appréciable. Les téguments, rosés, mais minces, à veinules nettes, pendent en poche jusque

sur les cils. Aucune trace de ptose congénitale ni d'affaiblissement des mouvements palpébraux. Par moments, la peau de la paupière malade se distend légèrement et devient plus rosée, surtout dans une émotion vive. Nervosisme, mais sans crises, ni affection névropathique.

Nous donnons ci-après le résumé rapide de trois observations de M. Rohmer, communiquées au *XIII^e Congrès international de Médecine de Paris* : (1)

1^{re} OBSERVATION

Jeune fille, 16 ans. Début à 6 ans : grande colère, l'enfant se tire les paupières supérieures ; celles-ci restent gonflées. Pas d'ecchymoses.

Pas d'influence des règles. Mais, pendant les colères, les paupières deviennent très rouges.

En 1896, teinte grisâtre des paupières, peau plissée, flasque. Les muscles releveurs fonctionnent bien.

Opération à gauche. Excellent résultat.

Elle a 20 ans. Les paupières ne tombent plus, mais restent bistrées, se gonflent un peu et deviennent rouges quand survient un moment de colère.

(1) Publiée dans *Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1900. Angiornégolie symétrique des paupières.

2° OBSERVATION

Marguerite M... Début de la maladie à 9 ans. Ses paupières deviennent grosses insensiblement et progressivement, puis le gonflement disparaît.

Les émotions ont de l'influence : joie, impatience.

Les règles n'ont aucune influence.

Opération : hernie de la graisse orbitaire, excision, petite noix) à gauche.

A droite, il reste une saillie.

Excellent résultat.

Le gonflement persiste sous l'influence des émotions seulement.

3° OBSERVATION

Berthe Th..., 16 ans. Chaque quinze jours, grands maux de tête. Les paupières sont gonflées.

Influence des règles : les paupières sont plus rouges.

Excision de graisse. Au moment de l'opération, turgescence des paupières (cris, efforts).

OBSERVATION DE FUCHS

(Rapportée dans le travail Rohmer.)

Fuchs (1) a montré à la Société de Médecine de Vienne (séance du 6 déc. 1895), une jeune fille de 20 ans, atteinte de structure atrophique de la peau des paupières. La peau est semblable à de la peau sénile ; sans présenter d'anomalies pigmentaires, elle adhère lâchement au cartilage, tandis que le tissu cellulaire sous-cutané paraît lui-même atrophié. La peau de la paupière est pendante comme un sac, de telle sorte que le bord libre de la paupière ne recouvre que le bord supérieur de la pupille.

L'orateur a vu plusieurs cas de ce genre, dans lesquels la lésion datait toujours de l'enfance. Dans un cas elle se produisit consécutivement à une méningite. L'altération intéressait toujours les paupières supérieures des deux côtés. Dans le cas présenté par Fuchs, la lésion a débuté, il y a quatre ans, par un gonflement œdémateux des paupières. gonflement qui se répétait jusqu'à une et deux fois par semaine.

Dans ce cas, l'atrophie de la peau dépassait les sourcils, jusque sur la partie inférieure du front.

Un autre jeune homme, à la suite d'efforts faits pour jouer du cor, aurait eu un gonflement œdémateux des paupières.

(1) Wiener méd. Wochenschrift, n° du 8 déc. 1895 et Wiener Klin. Wochensch. 13 fév. 1896, n° 7.

OBSERVATION DE FEHR (Résumée).

Fehr (1) a observé à la clinique de Hirschberg un cas de la maladie décrite par Fuchs, en 1896, sous le nom de blépharochalasis. Il s'agit d'une jeune fille de 21 ans qui n'aurait jamais été malade, et avait toujours eu une bonne vue de loin et de près. Il y a huit ans, la malade fut prise d'un gonflement des paupières qui survint brusquement pendant la nuit, et fut si volumineux qu'il lui fut très difficile d'ouvrir les yeux. La peau des paupières était légèrement rouge, mais pas sensible ; le globe de l'œil était sain. Le gonflement persista pendant deux jours, et disparut aussi brusquement qu'il était venu. Les années suivantes, ce phénomène se répéta d'abord toutes les six ou huit semaines, puis plus fréquemment. Depuis trois ans le gonflement ne se reproduit plus...

Etat actuel : la patiente est une jeune fille vigoureuse et de belle apparence. Pli de la peau au-devant du bord libre de la paupière. Peau extrêmement mince, rosée, sans élasticité : les plis qu'on détermine persistent. L'aspect est de même à droite et à gauche. Les Paupières inférieures et l'œil sont normaux.

Opération. Très bon résultat.

De toutes ces observations, nous retirons les remarques suivantes :

1° Tantôt il s'agit d'une ptose d'origine adipeuse, puisqu'on trouve du tissu adipeux dans la paupière ;

(1) Fehr. Ein Fall von Lidhaut. Erschlaffung, sog. Blépharochalasis. Centralbl. f. Augenheilk, mars 1898, p. 74.

c'est le premier groupe de nos observations ;

2° Tantôt il n'y a qu'un relâchement de la peau de la paupière : c'est le deuxième groupe de nos observations. Il s'agit bien alors de dermatolyisie ; nous disons dermatolyisie, et non blépharochalasia ou tout autre nom, pour les raisons qu'a données M. A. Terson et que nous exposerons plus loin.

3° Qu'il s'agissent de ptosis adipeux, ou de dermatolyisie nous retrouvons dans toutes les observations les mêmes symptômes locaux : grossissement instantané marquant le début, et chaque récive ; puis disparition de ces gonflements quelques heures après. L'influence des émotions, de la joie, de la colère, est aussi marquée quand il y a de la graisse dans la paupière que lorsqu'il n'y en a pas.

Nous ne voulons retenir que ces faits, considérant que la meilleure description de ces ptoses réside dans l'exposition des observations.

Cherchons maintenant à nous éclairer sur leur anatomie pathologique, leur étiologie et leur pathogénie.

Peut-être arriverons-nous à trouver des raisons suffisantes pour justifier cette classification.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique, Etiologie. Pathogénie.

A. Anatomie de la paupière supérieure

Repassons en quelques mots les différents plans de la paupière supérieure :

1° Une couche cutanée extrêmement mince et « semi transparente », dit Sappey. (Tillaux ajoute que le tissu cellulaire sous-cutané ne renferme jamais de graisse.

2° Une couche musculaire, à fibres striées, formée par l'orbiculaire des paupières.

3° Une couche de tissu conjonctif, entre le muscle et la couche sous-jacente fibro-cartilagineuse, lieu des œdèmes, des infiltrations ;

4° Une couche fibro-cartilagineuse qui, en avant, s'unit aux cartilages torses et les rattache à la circonférence de l'orbite ;

5° Une couche musculaire à fibres lisses, appelée muscle orbito-palpébral : en haut il s'attache au releveur de la paupière, en bas à la partie supérieure des cartilages torses, fibres connectives et fibres élastiques, fibres

musculaires lisses en faisceaux de volumes divers et très nombreux ; à la partie moyenne les faisceaux forment un réseau à mailles irrégulièrement elliptique ;

6° La conjonctive et un prolongement de l'aponévrose orbitaire.

B. Anatomie pathologique

Nous trouvons neuf fois des analyses histologiques dans les observations de Galezowski, Schmidt-Rimpler, Rohmer, Fuchs, Fehr, Lodato, de Lapersonne.

Galezowski, en opérant, enlève une masse adipeuse. L'examen histologique ne montre qu'une légère augmentation des vaisseaux.

Schmidt-Rimpler et Rohmer, dans l'un des cas, enlèvent aussi une masse graisseuse, qui faisait hernie de l'orbite à travers une brèche de l'orbiculaire. Mais tandis que le premier ne note rien de particulier à l'examen histologique, le second remarque une augmentation du calibre des artères et des veines, ce qui lui fait donner le titre d'angio-mégalie à son observation.

Fuchs et Fehr remarquent une atrophie notable de toutes les couches, mais pas de tissu graisseux.

Lodato (1), dans l'observation si complète de Maria..., trouve, au microscope, avec un faible grossissement,

(1) Lodato. *Blepharochasis*, p. 23. Palermo. Tip. Cooperativa Tra Gli Operai, 64-70, Via Vetreira, 1903.

l'épaisseur de la couche épidermique réduite. À un fort grossissement, il trouve dans la couche moyenne du lambeau une diminution d'épaisseur ; le stratum granulosum et la couche cornée ont à peu près la même épaisseur. Les fibres élastiques sont très diminuées, tiraillées, amincies.

M. A. Terson, dans son rapport au Congrès d'Ophtalmologie, conclut des nombreux travaux à une atrophie du derme et des fibres élastiques, avec des vaisseaux plus ou moins élargis ; il ajoute qu'on doit appeler la maladie Dermatolyse palpébrale, parce que c'est le premier titre en date, et qu'il explique le principal symptôme et la localisation.

Ce mot de Dermatolyse (δερμα, peau, λυειν, relâcher) a été créé par Alibert, en 1835, dans sa *Monographie des Dermatoses*, t. 2, p. 719. Il distingue les Dermatoses en palpébrale, faciale, cervicale, ventrale, génitale.

Qu'il y ait une grande analogie entre ce relâchement de la peau de la paupière dans les cas que nous reproduisons, et la dermatolyse ventrale ou génitale, par exemple (chez les Bochimanes), nous en convenons. Mais il y a d'énormes différences aussi, d'abord dans l'évolution qui se fait par poussées, gonflements et régressions, dans l'affection de la paupière et qui est essentiellement lente et sans modifications sous les émotions dans ces autres dermatolysies. Dans l'anatomie pathologique, Widal (1) décrit à propos de la Dermatolyse générale un état absolument normal des fibres élastiques de la peau. Le

(1) Vidal.

tissu fibreux du derme est transformé en un tissu imparfaitement formé, uniformément myxomateux avec disparition totale des faisceaux fibrillaires. L'obstacle que les trabécules fibreux du tissu conjonctif opposent, dans l'état normal, à l'extensibilité des fibres élastiques, se trouve presque complètement neutralisé. Il résulte qu'une peau de cette nature devient une peau absolument élastique (Widal).

Au contraire, dans l'affection palpébrale ou la peau est normale le plus souvent ou quelquefois (seulement amincie), ou il y a atrophie du derme et des fibres élastiques.

Il est à remarquer cependant que Widal ajoute, toujours à propos des Dermatolysies générales : « Dans le lambeau de peau enlevé par Pollock sur la malade de Weden Cooke, les troncs veineux étaient d'un volume considérable. Cette angiectasie, ainsi que le développement anormal du tissu adipeux, sont indiqués par plusieurs auteurs. »

Nous ne pouvons que rapprocher ces deux détails histologiques : troncs veineux augmentés de volume et présence de tissu adipeux, des mêmes constatations dans les observations de Rohmer.

Avec M. A. Terson, nous pensons que le terme de dermatolysie est préférable à celui de blepharochalasia « qui pourrait s'appliquer à d'autres affections, même à la ptose vraie, et qui ne contient rien qui rappelle l'affection. »

C. — *Étiologie.*

Parmi les 20 observations que nous rapportons, quatre fois il a été trouvé des tissus graisseux dans les paupières, quinze fois il n'y en avait pas trace. Mais ce détail anatomopathologique n'est pas suffisant pour nous faire écarter ces quatre cas des considérations générales étiologiques que nous voulons faire sur ces ptoses palpébrales. En effet, le début, la bilatéralité, l'évolution, enfin le pronostic et le traitement sont si fréquemment communs à toutes ces observations, que nous pouvons les considérer comme les modalités d'une même affection.

Sexe. — Sur 20 cas, il y a 7 hommes atteints et 13 femmes.

Age. — Nous ne connaissons que onze fois l'âge de début : chez 5, l'affection est notée avant 10 ans ; chez 6 avant 16 ans.

Tous les malades observés étaient âgés de 3 à 22 ans, le plus fréquemment ils avaient 16 à 17 ans. L'un de ceux d'Haab et A. Tersen à 31 ans. Un autre de Rohmer avait 60 ans ; un autre de M. de Lapersonne, 50 ans.

L'enfance et la jeunesse sont donc le plus frappées.

Nous ne pouvons confondre cette affection avec ces amas graisseux qui remplissent les paupières des vieillards. Les peintres, les sculpteurs ne manquent jamais de mettre ces épaisses paupières, boursoufflées pour

marquer comme d'une note, l'âge, sur la toile ou le marbre.

Sappey fait remarquer que c'est la partie située au-dessus du sillon orbito-palpébral, qui dans la vieillesse refoulée par la masse adipeuse sous-jacente, descend peu à peu en avant.

« Lorsque le système adipeux, dit-il, commence à prédominer, la paupière supérieure est souvent une des premières parties dans lesquelles il se montre. A l'aspect d'une paupière qui de concave devient convexe, même légèrement, un œil observateur pourra quelquefois entrevoir, au milieu des plus beaux attributs de la jeunesse les premières atteintes de l'âge mûr. »

Mais nous sommes loin de ces ptoses pathologiques où la sénilité n'a rien à voir.

Hérédité. — Deux fois nous notons l'hérédité : dans le cas de Schmidt-Rimpler, et l'un de ceux de Fuchs ; les mères au dire des malades étaient atteintes de la même affection.

Nous remarquons, avec les auteurs que le tempérament névropathique semble prédisposer quelquefois : huit fois il est noté. Le début souvent est déterminé par une crise nerveuse, une colère, des pleurs, tout aussi bien que par la toux, un effort, le froid : c'est en jouant du cor qu'un malade de Fuchs a vu ses paupières gonfler pour la première fois. Six fois sur vingt c'est une colère qui cause le premier gonflement.

Fuchs dit que l'atrophie et le relâchement de la peau sont consécutifs à une distension souvent répétée par un gonflement œdémateux des paupières qui se montrait

trois ou quatre fois par mois, œdème persistant quelquefois longtemps, comme aussi ce peut être un œdème récidivant périodique (sexe féminin) chez lequel cela est alors avec juste raison regardé comme étant d'origine angioneurotique.

Mais quelle est la cause et la nature de l'œdème ? Fuchs n'en parle pas. Une seule fois nous devons le remarquer le flux cataméniale semble avoir eu de l'influence dans le cas de

Fehr à la même opinion : c'est un œdème angioneurotique.

Schmidt voit dans l'affection de sa malade une hernie graisseuse de l'orbite, et Rohmer, dans sa deuxième observation ayant enlevé une masse adipeuse d'origine nettement orbitaire, croit que la hernie ne se produit qu'à la suite de l'intervention opératoire ; auparavant d'après lui elle n'entre nullement en cause.

D. — *Pathogénie.*

Dans toutes ces observations, nous voyons de si grandes analogies, qu'il nous semble qu'elles indiquent d'une seule et même maladie qui se manifeste à des stades différents, avec quelques variétés individuelles.

Ne retrouvons-nous pas, un terrain névropathique fréquemment observé (8 fois sur 20 il est expressément noté), un début presque toujours subit, une évolution

par poussées de gonflement et de régression, sans inflammation ?

Le même traitement donne des résultats excellents ; chaque fois qu'il est appliqué.

Et nous constatons tous ces faits qu'il s'agisse de cas décrits sous les noms de hernie graisseuse, de ptosis adipeux, de blepharochalasis, de dermolysie, d'angiomégalie des paupières, etc.

Au point que nous sommes tentés de n'y voir qu'une même affection, comme nous le disions plus haut, caractérisée par une succession de phénomènes débutant par une hernie ou une descente ou un développement anormal de graisse, dans la paupière ; puis il se produirait des décollements entre la tarse et cette peau, si mince si fine ; puis une régression de cette graisse, avec des troubles circulatoires inhérents à ces développements anormaux. Le relâchement de la peau et sa chute devant la paupière, marqueraient le dernier stade de l'affection.

Cela paraît simple ; mais nous ne nous arrêtons pas plus à cette hypothèse, car il y a des facteurs du problème qui nous échappent.

Quand nous trouvons un patient avec cette infirmité, qu'il soit âgé de 3 ans (Galezowski), qu'il ait de 17 ou 18 ans (de Lapersonne), vite, s'il y consent, il est opéré et guéri. Du reste pour être sûr qu'il y a eu de la graisse dans la paupière, au début, il faudrait l'avoir découverte, l'avoir respectée, et plus tard, dix ou quinze ans après avoir, de nouveau fait l'opération pour guérir cette fois le malade. Cela n'est pas possible.

Aussi nous ne pouvons pas affirmer qu'un ptosis adipeux évolue toujours vers une dermatolysie.

Fuchs dit : « Autrefois on admettait que ce développement de la paupière supérieure dépendait d'une accumulation exagérée de graisse dans le repli de la paupière et c'est pour ce motif qu'on lui avait donné le nom de ptosis adipeux. Mais la cause véritable consiste en ce que les fibres du fascia qui reliaient la peau au tendon du releveur, et au bord supérieur du tarse, ne présentent pas assez de résistance. Il s'en suit que la peau n'est pas entraînée comme il convient, quand la paupière se relève, mais qu'elle pend comme une bourse plate. »

Cette explication nous semble juste quand il s'agit de de dermatolysie. Mais elle est loin d'expliquer le cas, par exemple, de M. de Lapersonne, où nous trouvons un amas de tissus graisseux, confirmé par l'histologie !

Il y aurait donc deux causes à ces ptoses que les anciens appelaient toujours ptosis adipeux, et Fuchs, toujours blépharochalasis, deux causes qui sont : la première, du tissu adipeux anormalement développé et constituant un vrai lipome ; la seconde un relâchement de la peau constituant bien la dermatolysie, ou *blépharochalasis* pour Fuchs.

On a invoqué pour expliquer la production des gonflements passagers des paupières, dans ces cas de ptoses, des lésions du grand sympathique ; mais cela ne nous semble guère admissible, car les signes des paralysies du sympathique sont tout autres : Il y a, en particulier, des troubles iriens, dans ces paralysies, qui manquent

toujours dans les ptoses dont nous nous occupons.

Dernièrement, à propos d'un malade que M. de Laper-sonne présentait à la Société d'Ophtalmologie de Paris, et dont nous avons rapporté l'observation. (Voir p. 93).

M. Parinaud fit une observation que nous croyons devoir rapporter. Il se demandait s'il ne s'agissait pas d'une forme spéciale de maladie de Basedow. Il appuyait son opinion sur ce que le malade, sans goître, était un peu tachicardique, et sur ce que à la surface des paupières gonflées, on voyait les vaisseaux très marqués. Il rappela que Charcot avait étudié cette question et avait cherché à faire différentes catégories de ces faux-basedowiens.

M. de Laperonne avait déjà opéré ce malade avec le diagnostic de ptosis adipeux. Les parties excisées ont été étudiées par M. Mettay. Nous avons eu les pièces en mains et nous savons qu'il y avait surtout un « coussinet adipeux » disposé en lobule qui rappelle bien la structure du lipome.

Dans la même discussion, à la Société d'Ophtalmologie, M. Parent rappelait un cas rapporté par Galezowski montrant le tissu adipeux beaucoup plus abondant, communiquant avec l'orbite, au point que l'opérateur était obligé de s'arrêter dans l'extraction de la graisse ; aussi la récurrence se produisit.

La bilatéralité des lésions, et la présence d'une épicanthus interne ou externe font penser à une origine lointaine congénitale. C'est la théorie du « défaut de développement ».

Nous ne voulons pas nous étendre sur cette théorie,

pourtant si intéressante, parce que nous n'avons guère de preuves.

Ce qu'il y a de certain, c'est que dans le ptosis adipeux, quand il ne s'agit pas de hernie graisseuse de l'orbite, c'est bien par une anomalie de développement que nous trouvons du tissu adipeux dans la paupière.

D'un autre côté, quand il s'agit de dermatolysis, celle-ci est peut-être souvent la conséquence de la disparition du « corps étranger » qu'est cette graisse anormale.

L'hérédité est notée deux fois : Dans le cas de Schmidt et dans celui de Fuchs.

Les émotions, les colères, les efforts, la toux, sont toujours l'occasion de la maladie, au début. ou dans les accès de gonflement, qu'il s'agisse d'un ptosis adipeux ou d'une dermatolysie.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic du ptosis adipeux de la dermatolyse palpébrale doit être fait :

1° Avec les ptosis paralytiques.

Qu'il soit congénital ou acquis, le symptôme local pathognomonique est l'impuissance du muscle releveur qui ne peut porter en haut la paupière supérieure.

Si la cause de cette paralysie est le tabes, la syphilis (gomme cérébrale, hémorragie cérébrale, l'hystérie), nous en retrouverons les signes généraux. Une tumeur ou un anévrisme comprimant le sympathique pourrait également donner des troubles de nutrition ou d'innervation des paupières ; mais, dans ce cas, il y aurait des troubles iriens (rétrécissement pupillaire).

Une paralysie du moteur oculaire commun, à la suite d'un traumatisme (fracture de la pointe interne du rocher) donne une ptose palpébrale ; mais, outre les signes ordinaires des fractures de la base du crâne, que nous retrouverions, le diagnostic serait facile avec une dermatolyse, puisqu'il n'y aurait ni gonflement, ni régression, ni paupière en besace.

2° L'urticaire produit quelquefois un œdème des paupières si considérable qu'il y a de la ptose. Mais presque toute la surface du corps est aussi atteinte, et les démangeaisons pénibles disent assez l'origine de cet œdème.

3° L'œdème malin des paupières, au début, peut faire hésiter tout d'abord dans le diagnostic. L'apparition de la pustule charbonneuse lève vite tous les doutes.

4° L'érysipèle, l'abcès, le phlegmon des paupières sont des affections essentiellement inflammatoires. On ne saurait donc les confondre avec une dermatolyse qui, au contraire, ne présente aucun signe d'infection locale.

5° Une sinusite peut donner un gonflement œdémateux des paupières supérieures; la suppuration nasale et la névralgie faciale indiqueraient l'origine de cet œdème.

6° L'éléphantiasis des paupières est une hypertrophie de la peau de la paupière et des parties avoisinantes, qui devient le plus souvent rugueuse, épaissie. On n'y voit pas cette peau fine, « *como la carta della cigaretta...* » que forme la paupière décollée, rayée de plis horizontaux et verticaux.

7° L'emphysème des paupières, à la suite, par exemple, d'un cathétérisme des canaux lacrymaux, apparaît subitement et disparaît vite, sans laisser de traces.

8° Il n'y a aucune confusion possible entre le dermatolysis et le « géomorphisme cutané », caractérisé par une peau de vieillard octogénaire sur un corps de jeune fille ou de jeune garçon.

9° Les œdèmes des paupières d'origine néphrétique seront reconnus par l'analyse des urines et les signes particuliers aux néphrites.

10° Dans la lymphadénie, l'examen du sang fixe le diagnostic.

11° Le ptosis amyotrophique de Fuchs est spécial aux gens âgés (?)

12° La maladie de Basedow ne peut donner lieu à aucun symptôme palpébral pouvant être confondu avec la dermatolyisie. Le signe de Greff (rétraction en haut de la paupière) est le contraire d'une ptose.

13° Le trachome peut donner lieu à une tumeur palpébrale assez volumineuse, mais dont on trouve facilement la raison en considérant la face interne de la paupière recouverte de granulations.

14° Enfin, le diagnostic de la dermatolyisie doit être fait avec la luxation palpébrale des glandes lacrymales.

Cette affection est très rare : 8 cas (?) ont été rapportés dans la *Thèse* de Cholons (Paris, 1898), inspirée par A. Terson.

M. de Lapersonne nous en a montré un cas, il y a quelque temps, absolument typique, dont nous avons pris l'observation : A droite et à gauche, une petite masse, de la grosseur d'un gros haricot, occupait l'angle externe de l'œil, sous la peau, près du bord supéro-externe de l'orbite, et roulait sous le doigt en donnant une sensation vermiculaire. En pressant dessus, elle disparaissait sous l'arcade sourcilière, puis un instant après on la voyait revenir faire saillie sous la peau, à la place

qu'elle occupait. Cet homme devait revenir se faire opérer, mais nous ne l'avons jamais revu.

15° Neesse (1), en 1903, décrit un cas d'œdème des paupières dans la syphilis tertiaire. Une jeune fille présente, sans cause apparente, un œdème très accusé de la paupière d'un seul côté. D'autres symptômes font penser à l'existence de la syphilis (lésions laryngées); après treize injections mercurielles, l'œdème avait disparu.

Le diagnostic de cet œdème, avec la dermatolysie, est facile; il n'en a aucun des caractères propres. Nous n'en parlons que comme mémoire.

16° — La maladie de Quincke a des rapports et des points de contact nombreux avec l'urticaire : Elle est caractérisée par des tuméfactions œdémateuses de 2 à 10 centimètres de diamètre par places bien circonscrites, dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Il existe souvent des démangeaisons. Il y a souvent des troubles prodromiques; quelquefois la température dépasse 38° (Falcone, Muller, Quincke, Rapin) (2); pendant l'attaque on a reconnu des troubles de l'appareil cérébro-spinal, (céphalées, somnolence, obnubilation des sens). Dans la plupart des observations la symétrie de l'affection fait défaut.

Nous sommes loin, par ces quelques symptômes rap-

(1) Neesse. In *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, p. 462, mai-juin 1903. Analysé dans les *Annales d'oculistique*, t. CXXX, p. 210.

(2) Le Calvé. De l'œdème aigu toxico-neuropathique. — Thèse Paris, 1901.

portés entre autres parmi beaucoup d'autres, d'un ptosis adipeux ou d'une dermatolyse. Aussi nous pensons qu'il n'y a aucun rapport entre la maladie de Quincke qui décrit ces oedèmes toxi-neuropathique comme les appelle Le Calvé, et les ptose palpébrales qui nous occupent.

CHAPITRE V

Pronostic.

1. Naturel.
2. Opératoire,

Le pronostic de ces ptoses palpébrales que nous appelons dermatolysie et ptosis adipeux ne semble pas grave; dans nombre de cas (8 ou 9 sur 20), les malades refusent de se laisser opérer.

Cependant si l'accroissement de la peau, par relâchement, vient à gagner en avant le champ pupillaire, la vision est très gênée, en outre de l'aspect pénible que prennent ces malades marchant « le nez en l'air » comme pour regarder en dessous du voile qui masque leur champ visuel.

Dans quelques observations de la thèse de Boute (1), sur l'éléphantiasis des paupières, il nous a semblé retrouver un ou deux cas, qui paraissaient devoir se rapporter à une dermatolysie palpébrale. Mais aucun n'est net, et nous ne faisons que mentionner cette évolution possible d'une dermatolysie vers une éléphantiasis.

Le pronostic opératoire est excellent, puisque sur 9

(1) Paris 1902.

cas opérés, un seul a récidivé, parce que de l'avis de l'auteur l'excision du lambeau de peau en forme « de tranche de melon » n'avait pas été suffisamment large ; c'est pourquoi le second œil opéré est généralement mieux corrigé que le premier.

Aussi croyons-nous qu'il faut opérer toujours ces malades, dès qu'il y a gêne dans la vision, ou dès que le jeune sujet le réclame poussé par une juste coquetterie.

Cependant si le traitement opératoire fait disparaître la difformité, il ne supprime pas toujours les poussées congestives périodiques. Mais ces poussées cependant sont manifestement diminuées d'importance puisque nous ne retrouvons qu'une fois, sur tous les cas opérés, une *réformation* de la paupière « en besace ». La peau, grâce aux sutures profondes bien faites, accompagne le tarse dans son ascension, lorsque le muscle releveur de la paupière et le muscle de Müller se contractent. Aussi la ptose de la peau de la paupière disparaît-elle.

CHAPITRE VI

Traitement

Nous laisserons de côté le traitement général de ces individus si souvent névropathes qui sont atteints de ptose palpébrale. Disons seulement qu'un régime qui relève autant du repos simple que de l'hygiène générale, leur est souvent fort utile. Les troubles dyspeptiques, relevant des fermentations gastriques ou intestinales, de l'atonie de tout le tube digestif, se manifestant par des constipations opiniâtres, sont fréquemment observés chez ces malades. Aussi, alors que nous repousserons comme absolument déplorable l'usage continu des purgatifs médicamenteux ou drastiques, recommanderons-nous le repos allongé sur un lit après le repas, une hydrothérapie bien conduite avec le massage abdominal, et surtout si la constipation existe, la prescription d'un lavement froid (de 8° à 12°), de 3/4 de litre, avec 48 centimètres de pression, chaque soir.

Ainsi nous tenterons d'éviter l'auto-intoxication, qui résulte de la fermentation intestinale et qui doit être pour quelque chose dans les productions œdémateuses palpébrales. Il y a peut-être, en effet, un trouble de

développement local, qui est le point de départ des troubles névropathiques, sous l'influence d'auto-intoxication.

Mais à côté de ce traitement général, il y a un traitement local, opératoire, qui nous permet de faire disparaître le trouble fonctionnel oculaire, de remédier à la déformation palpébrale, et enfin de satisfaire à l'esthétique.

Tout le monde est d'accord, croyons-nous, sur le traitement opératoire ; il y a seulement des points de détails sur lesquels les auteurs attirent particulièrement l'attention.

Nous allons essayer de grouper toutes les recommandations des auteurs pour faire l'analyse des temps de cette opération.

Elle consiste en l'excision d'un lambeau de peau de la paupière. Ce lambeau aura la forme d'une « côte de melon », et l'incision qui le limite inférieurement partant de l'angle interne pour aller jusqu'à l'angle externe passera à environ 4 millimètres du bord libre ; la ligne supérieure sera plus ou moins haute selon l'extension de la peau palpébrale, et rejoindra l'extrémité interne et externe de l'incision inférieure. Cette côte de peau enlevée, il faudra débarrasser la paupière du tissu adipeux, s'il y en a, le plus complètement possible : parfois c'est le temps pénible de l'opération à cause des adhérences qui gênent la dissection.

Enfin, le troisième temps sera la suture de la peau : mais il est indispensable de prendre dans les fils le bord supérieur du tarse afin de donner un point d'adhérence à la peau qui « recollée » aux tissus sous-jacents, pourra

suivre les mouvements d'ascension et de descente de la paupière.

Si l'incision simple de la peau est sûrement inefficace et permet une récurrence rapide, par contre l'excision d'un lambeau trop large aurait l'inconvénient de ne plus permettre l'occlusion palpébrale. Aussi faut-il tenir compte, dans la conduite du bistouri, de la rétraction secondaire du tissu cicatriciel, et telle dermatolyse opérée, qui, dans les premiers jours semblera incomplètement corrigée, le sera très suffisamment quelques mois après.

Cette opération, bien conduite, donne d'excellents résultats, nous l'avons déjà dit. Elle est bénigne et n'expose qu'à une surcorrection ou à une correction incomplète de la ptose. Aussi nous croyons qu'elle est indispensable à prescrire et à faire quand le chirurgien est habile.

Nous ferons remarquer que 4 fois sur 19 malades, il y avait de l'épicanthus : dans ces cas, il est utile un ou deux mois après l'opération de la dermatolyse, de faire un débridement au bistouri qui agrandit la fente palpébrale et détruit « le pont de chair » qui bride l'angle interne ou externe.

CONCLUSIONS

Les conclusions que nous tirons de notre étude sont les suivantes :

I. Nous pensons que les ptoses palpébrales qui sont la conséquence d'un amas de tissu adipeux dans la paupière supérieure « Ptosis adipeux », ou d'un relâchement de la peau par décollement « Dermatolysie palpébrale », peuvent être comprises dans une même étude.

II. La dermatolysie palpébrale qu'elle qu'en soit sa cause réelle, est une maladie spéciale, qui ne doit être confondue avec aucun œdème aigu ou chronique de la paupière, ou aucune autre maladie de la paupière, — parce que ses signes cliniques (début brusque, périodes de gonflement et de régressions, évolution persistante par poussées, sans guérison complète naturelle; gêne mécanique de la vision; intégrité du globe oculaire, aucune réaction générale thermique ou douloureuse, aucune réaction locale inflammatoire) sont constants; — enfin parce que, dans tous les cas ainsi caractérisés, le traitement est le même et donne des résultats excellents.

III. La dermatolysie palpébrale et le ptosis adipeux sont probablement d'origine congénitale: — le tissu adipeux qu'on y rencontre résulte d'une anomalie de déve-

loppement (normalement chez l'homme jeune la paupière n'en contient pas); — ils débutent sur des sujets jeunes, — l'épicanthus assez souvent les accompagne; — on peut expliquer les troubles nerveux de la vasodilatation locale (sans cause générale connue) par un défaut d'épanouissement des tissus palpébraux; — la bilatéralité symétrique de l'affection est la règle.

IV. Au point de vue anatomo-pathologique, il est difficile d'exprimer une opinion définitive; — les rapports n'indiquent pas des lésions constantes dans tous les cas. Mais nous croyons qu'il n'est pas indispensable d'être absolument fixé sur ce point, pour nous déterminer dans la conduite à tenir vis-à-vis de cette affection.

V. Cette conduite se résume :

a) Dans le traitement opératoire que nous avons exposé d'après les auteurs ;

b) Dans le traitement général qui relève de l'état général du sujet.

VI. Enfin nous constatons que la statistique des cas opérés (à droite et à gauche) donne les résultats suivants : 19 succès, sur 20 interventions, qu'il se soit agi d'un ptosis adipeux ou d'une dermatolyse palpébrale.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
DE LAPERSONNE.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉME DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- SICHEL (père). — *Annales d'Oculistiques*, 1844.
- LAGRANGE. — Traité des maladies des yeux (Lipomes et dermolipomes), 1904.
- PANAS. — Traité des maladies des yeux.
- BOUTE. — *Thèse* Paris 1904.
- Eléphantiasis des paupières non congénital et se produisant à la suite de poussées inflammatoire. *Thèse* Paris 1902.
- HAAB-A. TERSON. — Atlas des maladies externes de l'œil, 1899.
- GALEZOWSKI. — Traité.
- ROHMER. — Angiomégalie symét. des paupières. *Archives d'opht.*, 1900.
- CORNIL ET RAWIER. — Traité d'Anatomie Pathologique.
- FERRON. — Œdème aigu des paupières chez les jeunes sujets. *Thèse* de Paris, 1902.
- NEESSE. — Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1903.
- L'œdème des paupières dans la syphilis tertiaire.
- GAILLARD. — Œdème idiopathique aigu des paupières. *Annales d'oculist.*, t. 125, p. 138.
- A. TERSON. — Dermatolyse palpébrale. *Archives d'ophtalm.*, juin 1904.
- FRENKEL. — *Toulouse medical*. Paupières en-besace, 15 mars 1903.
- LODATO. — Blepharocalasis. Travail italien, 1903.
- SAPPEY. — Traité d'anatomie.
- TILLAUX. — Traité d'anatomie topographique.

- GUIET. — *Thèse* de Bordeaux, 1892. (Obs. du ptosis adipeux, p. 58.)
- ANDRIEUX. — *Gazette médicale* de Picardie, 1885. Un cas curieux d'œdème primitif ou essentiel des paupières.
- GALEZOVSKI. — *Recueil d'opht.* 1877-1878. Relâchement congénital de la peau palpébrale.
- J.-B. CHARCOT ET SOUQUES. — Géomorphise cutané. Nouv. Iconographie de la Salpêtrière, t. IV.
- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, t. II, p. 719, 1835.
- VIDAL ET LOLOIR. — *Traité descriptif des maladies de la peau*, t. I, p. 169, 1889.
- La pratique dermatologique, dirigée par Besnier, Brocq et Jacquet, art. dermatolyse (Marcel Sée, t. I, p. 694.)
- FUCHS. — Ueber Blepharochalasis. (Erschlaffung der Lidhaut.) Soc. méd. de Vienne et *Vien. med. Wochenschrift*, 1896.
- BUSINELLI. — *Clinica Moderna*, 1896.
- FEHR. — *Centralbl. f. Augenheilk*, 1898.
- H. COPPEZ. — *J. méd.* de Bruxelles, 1898.
- PICK. — *Deutsche méd. Voch.*, 1899.
- SCHMIDT-RIMPLER. — *Centralb. f. Augenheilk*, 1899.
- WICHERKIEWIEZ. — *Vien. med. Wochensch*, 1898.
- DALEN. — *Hygieoa*, 1902.
- PANAS. — *Leçons de chim. opht.* Paris, 1903. G. Steinheil.éd.
- LE CALVÉ. — De l'œdème aigu, Tosei-Névropathique. *Thèse* de Paris, 1901.